

医療費助成制度該当（非該当）届出書

組合員記載欄	組合員証	記号	番号	フリガナ				
				組合員氏名				
	所属名称			生年月日	昭和・平成	年	月	日
	対象者	フリガナ					続柄	
		氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	【備考】		
対象となる 助成制度	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 重度障害者医療費助成制度等 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度等 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ 小児医療費助成制度については非該当になった場合のみ届け出てください。						
上記のとおり医療費助成制度の対象となっていること（対象から外れたこと）を届出ます。 横浜市職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住所 _____ 組合員 氏名 _____ 印 連絡先（電話番号） _____								
【注1】この申出書は対象者1名につき、1通提出してください。 【注2】該当の場合には、医療証の写しを添付してください。 【注3】この届出書を提出せず、医療費助成制度の適用を受けている事実が判明した場合、遡って共済組合が支給した給付金を返還いただくこととなりますので、ご注意ください。								
医療証コピー添付								